

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE **174** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

René-Robert LACASSIE

Né le 31 Mars 1895 à Arcachon (Gironde)

Externe des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE CLINIQUE
de quelques troubles névropathiques
chez les Tuberculeux pulmonaires

ALGIES -- SOMNOLENCE DES CACHECTIQUES

Président de Thèse : M. le Professeur BERNARD

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91. BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1925



THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

René-Robert LACASSIE

Né le 31 Mars 1895 à Arcachon (Gironde)

Externe des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE CLINIQUE
de quelques troubles névropathiques
chez les Tuberculeux pulmonaires

ALGIES -- SOMNOLENCE DES CACHECTIQUES

Président de Thèse : M. le Professeur BERNARD

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1925



LE DOYEN..... M. ROGER.

I — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	N...
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N...
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
BRAMI.....	Pathologie médicale.	JOYEUX.....	Parasitologie.
LGLAVE.....	Pathologie chirurgic ¹ .	LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
UBERTIN.....	Pathologie médicale.	LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgic ¹ .
ASSET.....	Pathologie chirurgic ¹ .	LE LORIER.....	Obstétrique.
AUDOUIN	Pathologie médicale.	LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
INET.....	Physiologie.	LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
LANCHETIERE.	Chimie biologique.	LÉVY-SOLAL.....	Obstétrique.
RANCA.....	Histologie.	LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
RULÉ.....	Pathologie médicale.	LIAN.....	Pathologie médicale.
USQUET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.	MATHIEU.....	Pathologie chirurgic ¹ .
ADENAT.....	Pathologie chirurgic ¹ .	METZGER.....	Obstétrique.
HAMPY.....	Histologie.	MOGQUOT.....	Pathologie chirurgic ¹ .
HIRAY.....	Pathologie médicale.	MONDOR.....	Pathologie chirurgic ¹ .
LERG.....	Pathologie médicale.	MOURE.....	Pathologie chirurgic ¹ .
LEBRÉ.....	Hygiène.	MULON.....	Histologie.
de JONG.....	Anatomie pathologique.	PHILIBERT.....	Bactériologie.
UVOIR.....	Médecine légale.	RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
CALLE.....	Obstétrique.	RICHET Fils.....	Physiologie.
ESSINGER.....	Pathologie médicale.	N.....	Physique médicale.
OIX.....	Pathologie médicale.	TANON.....	Pathologie médicale.
ARNIER.....	Pathologie expériment.	VAUDESCAL.....	Obstétrique.
ARVIER.....	Pathologie médicale.	VERNE.....	Histologie.
EITZ-BOYER...	Urologie.	VILLARET.....	Pathologie médicale.
VELACQUE....	Anatomie.	WELTER.....	Ophtalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
UGEROT.....	Pathologie médicale.	ROUSSY.....	Anatomie pathologique.
JÉNIOT.....	Obstétrique.	TIFFENEAU.....	Pharmacologie.
ETTERER.....	Histologie.	ZIMMERN.....	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	LœPER.....	Clinique médicale.
BEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE...	Clinique chirurgicale infantile.
LAUNEL-LAVASTINE...	Clinique médicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet..	Clinique médicale in- fantile.	RATHERY.....	Clinique médicale.
LERI.....	Clinique médicale.	SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes
PREY	Stomatologie.
N... ..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BERNARD,
Médecin de l'Hôpital Laënnec ;
Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine
de Paris ;
Membre de l'Académie de Médecine ;
Commandeur de la Légion d'Honneur.

Il est banal de rencontrer des troubles nerveux chez les tuberculeux pulmonaires. Ces troubles sont ou d'origine centrale, et nous n'en parlerons pas, ou d'origine périphérique. Ces derniers peuvent marquer le début de la tuberculose, nous les négligeons aussi pour ne nous occuper que de ceux qui surviennent pendant la période d'état et durant la période cachectique de l'affection.

Eisenlohr, en 1879, le premier, affirma la nature périphérique de ces manifestations nerveuses, mais c'est à Joffroy qu'il appartenait de démontrer, la même année, l'existence réelle de la polynévrite des tuberculeux.

Pitres et Vaillard, Carrière ont pu démontrer que 40 % des tuberculeux présentent des lésions histologiques des troncs nerveux. Chez 56 % des cachectiques on peut les retrouver aisément. Dans certains cas l'affection est restée latente pendant la vie, bien que l'examen microscopique ait démontré la réalité des altérations de la fibre nerveuse. Il aurait peut-être suffi, chez ces malades, de provoquer une ischémie temporaire du membre à l'aide de la bande élastique, pour voir apparaître chez ces tuberculeux une paralysie transitoire, comme Negro le montra pour les alcooliques, au Congrès de Rome en 1894.

Notre but n'est pas d'étudier la polynévrite

typique. Nous chercherons plutôt à classer et à essayer le diagnostic des formes douloureuses de la polynévrite des tuberculeux. Nous terminerons par une courte étude sur une des modalités du sommeil des cachectiques.

LES DOULEURS DES TUBERCULEUX

Les douleurs sont la plus fréquente des manifestations nerveuses au cours de la tuberculose pulmonaire. Elles peuvent survenir dans toutes les formes de tuberculose, à un moment quelconque de son évolution. Nous étudierons tour à tour les douleurs du tronc, de la région cervico-faciale et des membres.

Selon le siège on peut diviser les douleurs du tronc en thoraciques et abdominales.

I. — *Les douleurs thoraciques.* — Ce sont les plus fréquemment rencontrées. Aujourd'hui il est de bonne clinique d'examiner l'appareil pleuro-pulmonaire de tout sujet se plaignant de ces douleurs. Mais il n'en a pas toujours été ainsi.

On connaît depuis très longtemps les douleurs du thorax chez les tuberculeux. Mais le début de leur étude systématique ne date que des premières années du XIX^e siècle.

C'est en septembre 1818 que le chirurgien Nicod publie, dans le *Nouveau Journal de Médecine*, un

article sur ce qu'il appelle des névralgies du thorax. Il fait remarquer qu'elles sont plus fréquentes à gauche, et que la pression des 7^e, 8^e et 9^e articulations synchondro-costales y est douloureuse. Dix ans plus tard, Brown rapporte ces douleurs à la contraction spasmodique des muscles des gouttières vertébrales, laquelle provoque un déplacement des vertèbres d'où résulte une compression des nerfs. Enfin Fouquier, en 1838, publie dans le *Compte rendu des séances de la Société de Médecine Pratique* quelques observations de ces névralgies. Il importe de remarquer que tous les auteurs, sauf Brown, considéraient que ces douleurs étaient une manifestation de ce qu'ils nommaient l'irritation spinale. Piorry, dans son *Traité de diagnostic*, émit au nom du bon sens et de l'anatomie quelques doutes sur la légitimité d'une pareille explication. C'est Bassereau qui, le premier en 1840, donna la description de la névralgie intercostale. Avant Valleix il en précise les points douloureux, nous dit qu'elle siège surtout au niveau des 4^e, 5^e et 6^e espaces intercostaux; qu'elle est moins fréquente à mesure qu'on s'éloigne de ces points, et qu'il n'a jamais pu la mettre en évidence dans les 11^e et 12^e espaces. Bien qu'il ait recueilli quelques-unes de ses observations chez des tuberculeux, Bassereau donne comme cause essentielle de la névralgie intercostale les lésions utéro-annexielles. En 1841, Valleix publie son *Traité des névralgies* et n'y cite Bassereau que de façon fort évasive. Ce dernier, pourtant, nous affirme avoir signalé à Valleix les particularités de

la névralgie intercostale, alors que celui-ci était venu remplacer Piorry dans son service.

A partir de ce moment la névralgie intercostale était nettement individualisée, et de nombreux mémoires, dont on trouvera plus loin la nomenclature, contribuèrent à la différencier d'avec les autres douleurs thoraciques des tuberculeux.

Parmi ces douleurs, les unes sont spontanées, les autres provoquées.

Les premières peuvent revêtir tous les caractères possibles. Elles sont continues ou intermittentes. Sourdes et contusives ou, au contraire, vives et lancinantes, pouvant, dans certains cas, adopter le type de la douleur en éclair. Cela dépend de leur pathogénie comme nous le verrons. Plus intéressante est leur topographie. Les unes siègent à la partie supérieure du thorax, dans les creux sus-claviculaires et sous-claviculaires et dans les fosses sus-épineuses. Ce sont ces douleurs que Peter, dans ses Leçons, décrit sous les noms de « points de côté d'en haut » ou « points de côté du sommet ». En 1861, Beau décrivait une douleur particulière « au milieu de la région dorsale ». « C'est seulement, dit-il, le point dorsal de la névralgie intercostale symptomatique de cette dyspepsie que nous savons être souvent la cause du développement de la tuberculisation. » D'autres, parmi ces douleurs, siègent à la partie moyenne et latérale de la poitrine. Elles sont dues soit à la névralgie intercostale, soit à des douleurs musculaires. Enfin, tout en bas de la cage thoracique, existent des dou-

ieurs que nous retrouverons avec la névralgie phrénique.

Les douleurs provoquées peuvent être le fait de la toux ou de la respiration, de la percussion ou de la palpation. En général, les douleurs spontanées sont exagérées par les mêmes causes, mais certaines douleurs n'apparaissent que sous leur influence. En haut est une région douloureuse, bien décrite par Beau dans son Mémoire de 1861, alors qu'il était médecin de l'Hôpital de la Charité. « Il est une autre douleur à laquelle on n'accorde pas toute la valeur qu'elle mérite. Elle occupe le sommet du thorax, se révèle surtout à la partie antérieure, sous la clavicule et qui, quelquefois spontanée, est le plus souvent éveillée et toujours exaspérée par la pression au niveau des espaces intercostaux supérieurs. Cette douleur sus-thoracique doit toujours être prise en sérieuse considération, et quand vous en constatez l'existence, quand même il n'y aurait encore ni toux, ni expectoration caractéristique, vous devez songer à la possibilité, à la probabilité de la tuberculisation. Le plus souvent limitée aux trois premiers espaces intercostaux, cette douleur cependant n'occupe pas toujours un point fixe, elle peut, s'irradiant jusqu'aux plexus cervical et brachial, retentir jusque dans le bras et la région sus-claviculaire. » Dans un autre Mémoire, Beau nous déclare qu'il essaya « de provoquer directement ces douleurs en exerçant une pression modérée sur l'extrémité antérieure ou sternale des premiers espaces intercostaux. » Et alors j'ai pu

m'assurer que les douleurs des trois ou quatre premiers espaces existaient dans la phtisie à titre de symptôme constant et habituel. »

En arrière on peut provoquer des douleurs par la pression de la zone d'alarme ou par celle de la région interscapulo vertébrale inférieure. Leudet cite comme points douloureux particuliers ceux des troisième et quatrième apophyses épineuses dorsales. Raymond a tenté d'en élucider la pathogénie dans sa septième Leçon de 1897. Le point postérieur de la névralgie intercostale doit être rattaché aux douleurs de cette région.

En avant on trouve le point de Goyard « à l'union des 4/5^e supérieurs et du 1/5^e inférieur du sternum » ; ceux de Nicod au niveau des 7^e, 8^e et 9^e articulations chondro-costales ; les points douloureux de la névralgie phrénique, et enfin les points antérieurs de la névralgie intercostale.

Latéralement, nous ne trouvons que les points douloureux symptomatiques, dont la description doit être attribuée non à Valleix mais bien à Bassereau.

Il importe, devant toute douleur accusée par un tuberculeux, de rechercher son origine. Cela est quelquefois difficile, car les caractères des sensations douloureuses ne sont pas toujours nets, et souvent on se trouve en présence de douleurs complexes relevant de causes nombreuses.

Avant aucune autre hypothèse c'est à un point de départ pleural qu'il convient de penser, et d'abord au pneumo-thorax. Généralisé, il est d'un diagnostic

facile, et nous n'en parlerons pas davantage. Localisé, il est difficile d'en mettre les symptômes en évidence. Il est classique de longue date d'insister sur l'impossibilité devant laquelle on se trouve souvent de distinguer un pneumothorax localisé d'une caverne tuberculeuse, et ceci même avec le secours de la radioscopie. Par contre, il nous a paru moins fréquent de voir les auteurs insister sur le diagnostic de la douleur du pneumothorax localisé, considérée isolément. Or cet accident n'a souvent pas d'autre symptôme. Chez trois tuberculeux cachectiques nous avons pu faire confirmer par l'examen à l'écran l'existence d'un pneumothorax partiel siégeant dans deux cas, au niveau de l'apex, et dans le troisième un peu au-dessous de l'aisselle. La douleur accusée par ces malades nous a paru présenter les caractères suivants. Elle siège au niveau de l'épanchement gazeux et y reste localisée sans tendance à l'extension ou à l'irradiation. Elle est spontanée, continue, sans paroxysmes. Elle est exagérée seulement par la toux et la respiration ample, la pression de la zone douloureuse et des points de Valleix la laisse indifférente. Les malades la comparent à une sensation de tiraillement profondément localisée. Elle est rebelle à toute thérapeutique. Elle persiste longtemps, trois semaines dans le cas d'un des deux tuberculeux au pneumothorax apexien qui vécut assez longtemps pour assister à la lente décroissance de ses douleurs. Elle s'atténue progressivement, de telle façon que le malade s'habitue peu à peu à vivre avec sa douleur.

Dans les cas que nous avons pu observer, nous n'avons jamais constaté de troubles objectifs de la sensibilité cutanée. Dans aucun cas, enfin, le début n'a été brutal, c'est en trois ou quatre jours que la douleur s'est accentuée jusqu'à amener les malades à se plaindre.

En dehors du pneumothorax la douleur pleurale reconnaît une autre pathogénie : la pleurite, évoluant soit vers la résolution, soit vers la symphyse. Dans ce dernier cas il est d'ailleurs difficile de faire le partage entre l'élément pleural et l'élément névritique. On rencontre ces douleurs ou bien à l'occasion du ramollissement d'un foyer de tuberculose avec retentissement sur la séreuse, ou bien lors de réactions pleurales isolées. Ces douleurs ont un signe majeur : elles se traduisent à l'auscultation par des frottements. Les malades les situent profondément, elles sont exagérées par la toux et la respiration, inconstamment par la palpation ou la percussion. On peut quelquefois mettre en évidence un état plus ou moins net de contracture pariétale. Elles sont presque toujours accompagnées d'une ascension thermique. Ces douleurs ont une durée très variable. La révulsion thoracique les calme mais incomplètement. Au point de vue de leur siège on peut les diviser en deux groupes : les douleurs d'origine pneumonique de siège quelconque, et celles d'origine pleurale qui ont une prédilection marquée pour les culs-de-sac de la plèvre. Nous signalerons seulement les douleurs de la pleurite apexienne, celle de la plèvre interlo-

baire avec les points de Sabourin, et enfin celles particulièrement fréquentes du cul-de-sac costo-diaphragmatique. Dans le cas de symphyse pleurale le diagnostic des douleurs est facilité par la présence des autres signes de symphyse.

Les douleurs névralgiques ont des caractères classiques qui nous dispensent d'en donner une description minutieuse. Nous rappellerons seulement leur caractère de spontanéité, leur allure continue avec paroxysmes, les troubles objectifs de la sensibilité dont elles s'accompagnent. Nous citerons seulement pour mémoire les points douloureux dits de Valleix : au point d'émergence des troncs nerveux, au point de traversée musculaire de ces mêmes troncs, à leur point de ramification dans la peau et les points douloureux dits de Trousseau au niveau des apophyses épineuses correspondant aux racines du nerf affecté. Cette névralgie intercostale siège habituellement à la partie moyenne du thorax, elle affecte simultanément trois ou quatre espaces ; il est plus rare de la rencontrer localisée à un seul nerf intercostal. Enfin les névralgies des trois premiers nerfs peuvent s'accompagner d'irradiations brachiales. La révulsion a peu d'influence sur ces douleurs. « Le repos et l'expectation en sont les meilleurs remèdes », dit Bassereau.

Ces douleurs reconnaissent des causes multiples. Nous ne reviendrons pas sur l'irritation pleurale qui peut réaliser un tableau parfait de névralgie intercostale, non plus que sur la polynévrite tuberculeuse,

ni sur l'hystérie citée dans le mémoire de Weill et la thèse d'Astié. Par contre, nous nous étendrons un peu plus longuement sur le zona. Ce dernier est d'ailleurs assez rare. Sur 2.000 phtisiques, Leudet n'a observé que 17 cas de zona, dont 10 seulement de siège thoracique. Pour notre part, nous ne l'avons observé qu'une seule fois chez une femme qui portait un pneumothorax thérapeutique gauche. Nous avons pu, chez elle, assister à l'évolution complète d'un zona thoracique. Cette malade devait d'ailleurs, peu de temps après, mourir subitement au cours d'une ponction pleurale.

Nous arrivons enfin aux douleurs musculaires, de beaucoup les plus fréquentes, à notre avis. Elles débutent assez brusquement, la nuit de préférence, c'est le matin que le malade les ressent grâce à la gêne respiratoire qu'elles provoquent. Elles sont continues sans paroxysmes spontanés. Elles sont le plus souvent de siège latéral ou antéro-latéral. Elles persistent sur place sans irradier. Elles sont contusives, vagues, diffuses, mal limitées, fugaces, donnent au malade une sensation de constriction large. Elles gênent la respiration, et ceux qui en souffrent, en diminuent spontanément l'amplitude. Parfois, une pression large et forte les atténue, si bien que ces tuberculeux restent couchés du côté douloureux. Les malades adoptent d'ailleurs une mimique particulière lorsqu'ils se plaignent de ces douleurs musculaires. Ils disent qu'ils ont une douleur « quelque part par là », en même temps que

leur main désigne non pas un point, mais ébauche un geste plus ou moins vague de circumduction. Au point de vue objectif on ne peut rien trouver à l'auscultation. La sensibilité cutanée est normale. On peut déceler au pincement musculaire une sensation douloureuse nette. Mais ce signe, facile à obtenir au niveau du grand dorsal ou du trapèze, est malaisé à rechercher sur les intercostaux. Jamais la pression des points de Valleix n'est douloureuse; mais il faut avoir soin d'effectuer cette manœuvre sans en avertir le malade et savoir attendre qu'il accuse spontanément la douleur. L'évolution des douleurs musculaires est très variable, mais en général elle est de courte durée. Elles ne persistent pas, le plus souvent, au delà de trois ou quatre jours n'augmentent pas d'intensité; d'emblée elles atteignent leur maximum. Il est bon de savoir que ces douleurs sont très notablement atténuées, et même supprimées, par la révulsion thoracique et surtout par l'emploi de pointes de feu.

II. — *La névralgie phrénique.* — Il est curieux de constater qu'elle n'est signalée chez les tuberculeux pour la première fois que par Baréty. Raynaud, élève de Landouzy, a consacré à ce sujet un mémoire qui envisage uniquement la douleur qui jalonne le trajet du nerf phrénique. Il est classique d'affirmer que la névralgie phrénique est due à des lésions pleurales. Il nous a semblé que le péritoine, qui ressent toutes les atteintes de la plevre et qui a, chez les tuberculeux,

de multiples motifs de souffrance, méritait une part dans l'étiologie de ces douleurs. Cette névralgie peut non seulement accompagner les lésions basilaires, mais aussi les lésions apexiennes.

Nous rappellerons qu'Arétée connaissait déjà la douleur du cou et de la nuque chez les tuberculeux. Actuellement, la clinique est un peu moins vague, et l'on sait rechercher les points douloureux sur le trajet du phrénique. Chacun les connaît.

Au syndrome douloureux nous ajouterons le hoquet que nous avons personnellement constaté dans deux cas.

Même dans les cas où la névralgie phrénique témoigne d'une lésion du sommet, la radioscopie peut démontrer l'existence d'une limitation de l'incursion de l'hémi-diaphragme du côté atteint.

III. — *Les douleurs abdominales.* — Nous ne voulons pas ici énumérer et faire le diagnostic de toutes les douleurs abdominales des tuberculeux. Nous dirons seulement que ces malades peuvent se plaindre de trois grandes classes de douleurs. Les unes, que l'on retrouve chez le sujet non tuberculeux : coliques hépatiques, néphrétiques ou saturnines ; perforation d'ulcères, appendicite, lésions utéro-annexielles. Les autres, plus fréquentes, chez les tuberculeux pulmonaires, notamment certaines formes de tuberculose du péritoine ou de l'intestin. Les dernières enfin, plus mal connues, et qui viennent donner une grande complexité au diagnostic des

douleurs abdominales chez les tuberculeux. Parmi ces douleurs nous citerons seulement les douleurs coéliquales et les douleurs musculaires.

Les coéliquies des tuberculeux sont de connaissance récente. Elles sont dues pour Banaudi à la compression du sympathique par des ganglions fibreux ou caséeux. Dans certains cas il faut faire intervenir des lésions surrénales. Au point de vue objectif, ces coéliquies pourraient être suspectées grâce à l'hypotension artérielle et à l'exagération de la douleur par la pression de la région solaire. Ces malades accuseraient des douleurs spontanées surtout au niveau des points gastrique et parombilical.

Les douleurs des muscles de la paroi abdominale ont été, au contraire, décrites depuis un long temps. Elles siègent soit dans les grands droits, soit dans les muscles larges, soit enfin dans la totalité des masses musculaires. Voici quels étaient les caractères de ces douleurs dans un cas que nous avons pu observer. Il s'agissait d'un homme âgé de 42 ans, menuisier, qui entra dans le service du Professeur agrégé Baudouin le 14 juillet 1924. Il présentait des signes de tuberculose pulmonaire bilatérale avec condensation du lobe supérieur gauche et ramollissement spéléculaire du lobe supérieur droit. Il n'était pas plus hypotendu que ne le sont habituellement les tuberculeux (11-7 au sphygmomanomètre de Vaquez). Cet homme n'avait jamais été malade. Il affirmait avoir maigri de 20 kilogrammes (60-40) dans les trois mois précé-

dents. C'est dans la seconde quinzaine de septembre qu'il présenta ces douleurs abdominales, sans modifications des selles, sans qu'aucune anomalie ait pu être décelée par la radioscopie sur le tractus gastro-intestinal. Ces douleurs étaient continues, mais plus marquées la nuit, parfois même empêchant le sommeil. Elles siégeaient sur toute la paroi abdominale antérieure, mais plus marquées dans la partie droite et inférieure, donc très notablement au-dessous du foie qui, d'ailleurs comme la vésicule, ne montrait aucune anomalie. Le pincement des muscles était d'ailleurs douloureux, l'apyrexie complète. L'affection persista pendant neuf jours sans aucun autre trouble hépatique, rénal ou intestinal, la tension artérielle ne subit aucune variation. Les douleurs cessèrent assez rapidement et le malade revint à l'état qu'il présentait à son entrée à l'hôpital.

IV. — *Les douleurs faciales.* — On peut observer au cours de la tuberculose pulmonaire des douleurs isolées dans le domaine du trijumeau. Perroud considérerait même la névralgie faciale comme la plus fréquente des névralgies chez les tuberculeux. Par contre Leudet, en 1878, n'en citait aucun cas. Carrière a pu l'observer 11 fois, et Vaissade en rapporte 6 observations personnelles. Il nous a semblé que la névralgie faciale vraie, du type symptomatique était exceptionnelle chez les tuberculeux : nous ne l'avons

jamais rencontrée. Par contre, les malades se plaignent parfois, en en rendant le froid responsable, de douleurs vagues et fugaces siégeant dans la face, disparaissant assez rapidement et spontanément. Ceci ne ressemble en aucune façon à la névralgie faciale vraie et encore moins à la névralgie épileptiforme de Trousseau. Enfin l'état mental de ces malades nous a toujours paru normal.

Voici les caractères assignés par Vaissade à ce qu'il nomme la névralgie faciale tuberculeuse. Exceptionnelle dans les tuberculoses à évolution rapide, elle occupe surtout le territoire du nerf sus-orbitaire; plus rarement elle atteint à la fois les trois branches du trijumeau. Dans ce dernier cas, la douleur reste unilatérale. Dans le premier, au contraire, elle est parfois bilatérale. La douleur possède un caractère franchement intermittent avec paroxysmes. Elle est mobile d'allure, mal limitée, diffuse, apparaît et disparaît sans cause appréciable, dure peu pour renaître plus tard. On ne trouve pas de douleur nette aux points de Valleix. La névralgie est exagérée par le froid, la mastication, les mouvements; elle irradie vers le cou et la nuque; elle peut s'accompagner de troubles vaso-moteurs et parfois de surdité au moment des paroxysmes. Sa durée est variable, en moyenne quinze jours. Mais Vaissade l'a vue disparaître au bout de cinq à six jours et au contraire, dans d'autres cas, persister pendant plusieurs mois. En général, une première atteinte permet de prévoir des récidives,

Pour terminer avec les douleurs faciales des tuberculeux, nous citerons la curieuse observation de Ricaldoni qu'on peut ranger dans ces troubles bizarres de la sensibilité qui apparaissent chez certains sujets sous l'influence d'une excitation périphérique. Le malade de Ricaldoni vit apparaître une névralgie faciale typique au cours d'un traitement par le pneumothorax artificiel. Cette névralgie apparut dès la huitième injection d'azote pratiquée sous faible pression, deux ou trois heures après l'insufflation, dans le territoire entier du trijumeau gauche, du même côté que le pneumothorax. Elle se manifestait par des douleurs sourdes et continues avec hyperesthésie cutanée et points de Valleix extrêmement sensibles. Il n'y avait aucun phénomène oculaire. Après huit ou neuf heures de persistance, ces symptômes disparaissaient en ne laissant qu'un peu d'hyperesthésie superficielle. Cette névralgie récidiva dans les mêmes conditions à chaque nouvelle insufflation. Elle ne reparut plus lorsque le pneumothorax fut abandonné.

V. — *Les douleurs des membres.* — On les désigne sous le nom de méalgies. Elles sont plus communes aux membres inférieurs. C'est Beau, « médecin de l'Hôpital Cochin et agrégé libre à la Faculté de Médecine », qui les décrivit pour la première fois en 1856 en les nommant arthralgies. Voici la phrase ini-

tiale de ce Mémoire fondamental : « Je comprends sous ce nom les douleurs fixées sur les membres chez les phthisiques. M. Tanquerel a employé le premier cette expression pour désigner les douleurs si vives qui affectent les membres dans les cas d'intoxication saturnine en faisant remarquer avec raison que le mot *αρθρον* signifie chez les Grecs indifféremment membre ou articulation. » Nous ne pouvons mieux faire ici que rapporter les caractères des mélalgies selon Beau : « Ces douleurs ont une prédilection marquée pour le membre inférieur. Je n'ai vu qu'une seule fois l'arthralgie fixée en même temps sur les membres inférieurs et supérieurs. J'ajouterai qu'il est très rare de voir cette arthralgie limitée à un seul membre inférieur. Presque toujours elle affecte les deux membres en même temps, bien que souvent elle soit moins intense d'un côté que de l'autre. Il est très rare également de voir l'arthralgie affecter isolément la cuisse, la jambe ou le pied ; presque toujours elle envahit les deux membres inférieurs dans toute leur étendue. » Il compare cette douleur à une « sensation insupportable de brisement et de courbature ; d'autres fois elle est lancinante et paraît se diriger dans le sens des branches nerveuses ». « Dans les commencements, cette douleur est provoquée seulement par la pression ; mais bientôt elle devient spontanée et dans ce cas elle est très intense. » « Cette douleur est continue mais sujette à des exacerbations qui surviennent surtout pendant la nuit. » « Il est très difficile de localiser ces dou-

leurs. Elles affectent le membre inférieur en masse sans qu'on puisse préciser leur siège dans les nerfs, les muscles ou le tissu osseux, soit pendant la vie, soit même après la mort. Cette arthralgie ne se rencontre guère que dans le quart des malades qui meurent de tuberculisation pulmonaire. Elle se montre ordinairement avec les symptômes qui constituent le troisième degré ou la période colliquative de la phtisie pulmonaire. Elle s'observe particulièrement dans les cas où l'amaigrissement est porté très loin, où la fièvre est brûlante, surtout chez les jeunes sujets du sexe féminin. » « Le pronostic de cette arthralgie est très grave. Elle indique que le malade est condamné à une consommation fatalement et rapidement progressive. » Beau n'adopta le mot de mélalgie qu'en 1861. « Examinez un phtisique arrivé à la troisième période. Il est bien rare que par la pression vous ne déterminiez au-dessus du genou une douleur excessivement vive. La pression exercée le long de la cuisse en partant de l'aîne sera d'ailleurs bien supportée; mais aussitôt que vous presserez au-dessus du genou le malade ne pourra retenir un geste ou un cri de douleur. Tantôt plus vive d'un côté que de l'autre, tantôt limitée en un point fixe au-dessus du genou, tantôt descendant jusqu'aux pieds et se manifestant même dans les bras. C'est une véritable douleur consomptive. Je l'avais d'abord appelée arthralgie; mais, comme en raison de ce nom, on voulait trouver cette douleur dans les articulations, j'aime mieux l'appeler mélalgie. »

Ultérieurement, les auteurs ne se conformèrent pas exactement à cette description, pourtant excellente, de Beau. Dans le Dictionnaire de Dechambre le mot *mélalgie* n'est même pas cité dans un article spécial. Pour le trouver il faut nous transporter au tome 24, page 764, à l'article *Phtisie*, de Grancher et Hutinel. « Les douleurs à distribution vague que Beau a décrites sous le nom de *mélalgies* et qui siègent surtout aux membres inférieurs, au-dessous des genoux, ont probablement aussi une origine *névritique*. » M. Marfan donne une description plus exacte : « Douleurs siégeant surtout au-dessus du genou, mais pouvant s'étendre à tout le membre inférieur, que la pression exagère beaucoup et qui la nuit peuvent supprimer tout repos. »

À l'heure actuelle ces *mélalgies* semblent bien devoir être rapportées à une forme fruste de *polynévrite*, bien qu'on ne puisse déceler de points douloureux nets sur les troncs nerveux.

Nous ne parlerons pas des autres douleurs des membres inférieurs, et notamment de celles qui témoignent de lésions ostéo-articulaires, de *phlébites* ou d'une *névralgie sciatique*.

Plus rares sont les douleurs des membres supérieurs; ici encore, on ne peut que confirmer les affirmations de Beau. MM. Léri et Molin de Teyssieu font judicieusement remarquer que « les ouvrages classiques ne mentionnent même pas d'altérations possibles du plexus brachial au cours des lésions tuber-

culeuses si fréquentes du sommet pleuro-pulmonaire ». Et que « M. Sergent qui a insisté sur la banalité des pleurites du sommet... n'a pas envisagé l'éventualité d'une association avec des troubles du côté du plexus brachial. » A notre tour, nous ferons observer qu'il y a trente-quatre ans, Delavan soutenait à Paris une thèse sur les névrites cervico-brachiales dans la tuberculose pulmonaire. Delavan nous indique un certain nombre de caractères plus ou moins particuliers à ces névrites. Elles surviennent du côté du poumon le plus atteint, coïncident avec une poussée aiguë se manifestent par des douleurs violentes et continues, ou continues avec paroxysmes, engourdisant le membre et rendant les mouvements difficiles. Le plus souvent, tout le membre supérieur est atteint, et peu à peu les douleurs se localisent au territoire du cubital; il y a de l'hyperesthésie cutanée qui, progressivement, laisse place à de l'anesthésie. MM. Léri et de Teyssieu ont, en 1917, publié trois observations de ces névrites brachiales. Il s'agissait de sujets ayant des lésions de condensation du lobe pulmonaire supérieur du côté atteint au point de vue nerveux, traduites par de la submatité et de la rudesse du murmure vésiculaire. Le début des douleurs a été brusque. Rapidement les forces ont diminué, de même que l'amplitude des mouvements du côté atteint. Dans deux cas il y avait de l'hypoesthésie cutanée ; dans un seul une légère diminution de la fente palpébrale. L'évolution se fit

vers la rétrocession avec diminution graduelle de la parésie.

A notre tour, nous rapportons ici une observation de ces névrites brachiales.

Rag... Laurent, 36 ans, ébéniste, entré à l'hospice de la Rochefoucauld le 6 octobre 1924, salle Grandjean, lit n° 9.

Malade depuis 1922, le début ayant été marqué par de la toux et une hémoptysie. Depuis ce temps, Rag... a fait divers séjours dans les hôpitaux et sanatoriums, en reprenant son travail lorsque son état le lui permettait. Mais, le 6 octobre 1924, il est contraint de demander son admission à l'hôpital car sa température s'élève et il est en proie à une dyspnée croissante.

Au point de vue pulmonaire, le malade présente des lésions de ramollissement spélonculaire des deux lobes supérieurs plus marquées à droite.

Sa tension artérielle est de 9,7; ses réflexes sont normaux; ses urines ne renferment ni sucre ni albumine. Sa température rectale est de 38°4. Nous ajouterons que le malade conteste tout alcoolisme et qu'il n'accuse dans ses antécédents qu'une pleurésie gauche contractée en 1912.

Les jours suivants, nous pûmes observer l'accentuation de la dyspnée, l'apparition de douleurs thoraciques intenses, que les pointes de feu furent incapables de calmer. En même temps, l'auscultation montrait une extension très rapide des lésions; on constatait de jour en jour les progrès du ramollissement marqué par des zones de râles bulleux de plus en plus étendues. Le 19 octobre au soir, la température s'éleva à 39°, jamais atteints jusqu'alors. Le 20 au matin, le malade nous raconte que, pendant la nuit, des douleurs intenses ont débuté assez brusquement au niveau du membre supérieur gauche. Il présente de la limitation des mouvements, des fourmillements dans les deux doigts internes et la région hypothénarienne, les réflexes sont affaiblis et il y a de l'hy-

peresthésie cutanée dans le territoire C⁸ et D¹. — Aucun phénomène oculaire n'était évident. Les douleurs et la parésie persistèrent jusqu'à la mort, qui eut lieu le 29 octobre, mais auparavant, le 23 octobre, nous avons pu déceler l'apparition d'une anesthésie cutanée dans le même territoire sus-cité.

Nous avons pu, dans un autre cas, rencontrer ces douleurs brachiales avec de l'hypoesthésie cutanée mais comme ce tuberculeux avouait être un alcoolique, nous n'irons pas plus avant dans le détail de cette observation.

VI. — Pour en terminer avec l'étude des douleurs au cours de la tuberculose, nous rappellerons qu'elles peuvent y devenir le symptôme prédominant pour donner lieu au tableau de la forme douloureuse de la polynévrite tuberculeuse telle que Dufour a pu la décrire.

LA SOMNOLENCE DIURNE

CHEZ LES

TUBERCULEUX CACHECTIQUES

C'est un symptôme assez fréquemment rencontré et dont l'importance nous a paru grande. En général on peut l'observer le matin à la visite, mais les voisins du malade affirment qu'il « dort tout le temps ».

Cette hypersomnie survient dans les huit derniers jours de la vie, et son apparition nous a toujours paru être un élément important du pronostic. Voici quelques-uns des caractères de ce sommeil.

Il s'agit de malades confinés au lit, en proie à la fièvre hectique. Ils sont couchés dans le décubitus latéral, souvent en chien de fusil. Mais il ne faut pas oublier que c'est là une position habituelle à l'homme en sommeil, surtout si cet homme a froid, ce qui est loin d'être rare dans les salles de tuberculeux toujours suraérées. A une période un peu plus avancée, sous l'influence de l'intoxication croissante, le malade adopte le décubitus dorsal. Son sommeil est calme

et assez profond pour n'être point troublé par le bruit environnant. Deux particularités importantes peuvent facilement être notées. En premier lieu l'hypotonie des muscles de la face bien visible au niveau des paupières toutes deux tombantes, laissant à découvert la portion inférieure de la sclérotique. De même, les lèvres restent entr'ouvertes, dans certains cas la mâchoire inférieure est franchement abaissée. En second lieu la dyspnée nous a paru constante avec accélération des mouvements respiratoires et fréquemment difficulté de l'inspiration et de l'expiration. On peut parler à voix haute auprès de ces malades sans les éveiller. En les secouant on les voit ouvrir les yeux, s'étendre dans leur lit et répondre nettement aux questions posées. Ils ne se plaignent de rien, et notamment pas d'insomnie nocturne. Puis le malade retombe dans son sommeil, non pas immédiatement comme les encéphaliques, mais seulement au bout d'une demi-heure à une heure, ou parfois davantage.

Si, par ailleurs, nous examinons ces malades, nous pouvons constater un certain nombre de signes neurologiques inconstants mais fréquents. On rencontre surtout de l'exagération des réflexes tendineux des membres inférieurs, toujours symétrique, sans paralysie, sans altérations de la sensibilité objective, ni troubles des sphincters. Par contre, l'amyotrophie est toujours considérable, les méralgies sont fréquentes, la pression des masses musculaires et des troncs nerveux est souvent douloureuse. Il y a de la

irépidation épileptoïde du pied, du clonus de la rotule, symétriques et s'épuisant rapidement. Quant aux réflexes cutanés, ils sont extrêmement variables. Le réflexe cutané plantaire nous a toujours paru normal. Carrière signale comme assez fréquente l'exagération du réflexe cutané abdominal, et Klippel celle du réflexe crémastérien. Perrin et Yovanovitch ont remarqué que chez ces tuberculeux fortement intoxiqués le R. O. C. était très exagéré.

En présence d'une pareille somnolence on évoque d'emblée la possibilité d'une méningite tuberculeuse. Chantemesse ne nous pas paru avoir envisagé ce diagnostic. Dans l'hypersomnie des cachectiques il n'y a pas de céphalée, pas de contractures, pas de carphologie. Le malade est calme. La position en chien de fusil elle-même ne peut tromper bien longtemps, puisqu'il suffit d'éveiller le malade pour la voir disparaître. Enfin l'état mental reste net et il n'y a pas d'atténuation des symptômes pulmonaires comme dans les méningites tuberculeuses secondaires. Disons que le liquide céphalo-rachidien est absolument normal chez ces hypersomniques.

Ballet a observé des attaques de sommeil. Mais ce que nous décrivons est une autre chose. Chez les cachectiques le sommeil diurne n'est pas invincible, il ne survient que chez le sujet au lit. Il ne se complète pas rapidement, son début est lent. Une occupation minime manuelle par exemple peut empêcher cette narcolepsie. Le malade s'endort comme quelqu'un qui resterait inoccupé; il semble qu'il n'ait pas

l'idée de faire effort pour rester éveillé. Mais ce qui est pathologique c'est ce sommeil qui peut lentement commencer et persister dans le bruit, se renouveler plusieurs fois dans la journée, tandis que le sommeil de la nuit persiste normal; c'est ce retour rapide à l'état de veille sous l'influence d'une excitation motrice, tandis que les excitations auditives sont impuissantes à réaliser le même phénomène; c'est la lucidité du malade se manifestant quelques secondes après le réveil comme chez l'homme sain par la correction des réponses aux questions posées; c'est l'hypotonie musculaire, et surtout la dyspnée.

CONCLUSIONS

I. - Si nous négligeons la polynévrite typique dans laquelle les phénomènes douloureux peuvent dominer le tableau clinique, nous voyons que les douleurs des tuberculeux peuvent être réparties en deux grands groupes :

a) les névralgies véritables, traduisant une névrite accentuée, mais limitée à un petit nombre de nerfs.

b) les douleurs musculaires, symptomatiques d'une névrite diffuse, mais légère, rétrocedant plus que les névralgies vraies.

La classification topographique que nous avons adoptée permet de les distinguer :

à la face des névralgies faciales vraies,

au thorax des douleurs d'origine pleurale,

à l'abdomen de tous les syndromes douloureux régionaux.

aux membres des arthralgies, des phlébites, des polynévrites par œdème cachectique et de la névralgie sciatique toujours possible.

II. La somnolence diurne des tuberculeux

cachectiques n'a été jusqu'ici que peu ou pas décrite. Elle est définie par un sommeil survenant facilement, lentement, plusieurs fois par jour, qui persiste calme, sans délire et laisse intact le sommeil nocturne. La dyspnée est enfin un des caractères les plus frappants présentés par ces malades. Cette somnolence est d'un pronostic fatal et peut en imposer pour une méningite terminale.

Le Président de Thèse

Le Recteur de l'Académie de Paris

BERNARD.

et Président d'Examen

Le Recteur de l'Académie de Paris

APPELL.

Vu :

Le Doyen,

ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

On voudra bien se reporter au *Traité* de MM. PITRES et VAILLARD, p. 463, édit. 1924.

Nous n'y avons relevé qu'une erreur : Astié, *Thèse Paris*, 1897-1898.

Nous nous bornons ici à réparer quelques omissions et à citer les travaux récents :

BANAUDI. — *Tuberculosi*, 1924, p. 37.

BASSEREAU. — *Thèse Paris*, 1840.

BEAU. — Arthralgie des phtisiques. (*Journ. des Conn. méd. prat. et de pharmacologie*, 1855-1856, p. 156.)

— Névrites et névralgies intercostales (*Arch. Gén. méd.*, 1847; *Gaz. Hôpit.*, 1861, p. 329.)

CROUZON. — *Soc. Méd. Hôpit.*, 1924, p. 465.

DEBOVE. — Polyn. alc. chez un tuberc. (*Gaz. Hôpit.*, 1908.)

DELAVAN. — Név. cerv. brach. (*Thèse Paris*, 1891-1892.)

DERSCHIED. — *Journ. Méd. Bruxelles*, 1911.

FROUMENT. — Polyn. tuberc. (*Th. Paris*, 1923-1924.)

GASTOU. — Tr. troph. extr. et syndr. syringom. chez un tuberc. (*Soc. Dermat.*, 1895.)

GIRARD. — *Th. Paris*, 1896-1897.

GENILLIER. — *Th. Paris*, 1919.

HAHN. — Tr. nerv. au cours tuberc. (*Th. Paris*, 1874.)

LAFFORGUE. — *Presse Médicale*, 1909, p. 649.

— *Rev. Neurol.*, 1910, p. 280.

LENOBLE. — Diath. bacill. et mal. syst. nerv. (*Rev. Tuberc.*, 1924, p. 606.)

LÉRI et MOLIN DE TEYSSIEU. — Parésie doul. plex. brach. par tub. pleuro pulm. du sommet. (*Soc. Méd. Hôpit.*, 1917, p. 1308.)

LORTAT-JACOB. — Sciat. radic. avec glycosurie réflexe, troubles symp. chez un tuberc. Autopsie. Kyste sur rac. lomb. Réflexes radiculo symp. (*Progrès Médical*, 1921, p. 611.)

DE MASSARY. — Mal de Dercum chez un tuberc. (*Soc. Méd. Hôpit.*, 1907, p. 638.)

NOÏCA. — *Rev. Neurol.*, 1914, p. 402.

PERRIN et YOVANOVITCH. — R. O. C. chez tuberc. (*Rev. Tub.*, 1924, p. 46.)

PERROUD. — Tr. nerv. au cours tub. (*Lyon Médical*, 1872.)

PHILIPPE. — Points de côté (*Th. Paris*, 1911-1912.)

RICALDOIN. — *Soc. Médic. Hôpit.*, 1921, p. 802.

SCHREIBER. — Zona int. consécut. à pl. tuberc. (*Arch. Méd. Enf.*, 1922, p. 357.)

TINEL et GASTINEL. — Sciat. tub. (*Rev. Neurol.*, 1911, p. 453.)

TINEL. — Radiculite expériment. (*Soc. Neurol.*, mai 1914.)
